

DOSSIER SOUMIS par le Dr

Etablissement de prise en charge

Département :

Centre hospitalier
Clinique
Cabinet

Nom du praticien ou de la sage femme :

Autres correspondants :

Patiente

NOM :

Prénom :

DDN :

Adresse :

Téléphone :

ANTECEDENTS

- Familiaux :
- Personnels : Enfant malformé, Fausses couches à répétition, Stérilité, Retard mental, Anomalie chromosomique, Maladie génétique

ANTECEDENTS OBSTETRICAUX

Année	Sexe	Poids	Accouchement	FC	IMG	Terme	Déroulement de la grossesse	Devenir néonatal		

GROSSESSE ACTUELLE

- Date des DR / / Date de DG écho / /
- Marqueurs T1 : HCG MoM, PAPP A MoM, **Risque 1/... ..**
- Marqueurs T2 : AFPMoM, BHCG MoM, E2MoM **Risque 1/... ..**
- Echographie du 1er trimestre : Non / Oui
- Terme de l'écho SA + j
- Epaisseur de nuquemm LCC : mm

Indication de la présentation du dossier (mots clés) :

-
-
-
-

- Données de la surveillance échographique : fournir une photocopie et iconographie

Ne pas oublier de joindre la feuille de consentement de présentation du dossier de la patiente au CPDPN du CHU de Caen